Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana
Telefon: 080 20 60, ID za DDV Vzajemne: SI87984385
Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, št. reg. vložka 1/32396/00.

&EDMS_SIFRA&

VZAJEMNA
zdravstvena zavarovalnica

Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz Zavarovanja za težje bolezni

Zahtevek izpolnite V CELOTI in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami.

1 PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ ZZZS številka: _____

Elektronski naslov: _____ Kontaktni telefon: _____

2 PODATKI O PRIJAVITELJU *(izpolnite v primeru, če prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)*

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ ZZZS številka: _____

Elektronski naslov: _____ Kontaktni telefon: _____

3 PODATKI O UPRAVIČENCIH *(izpolnite samo v primeru smrti zavarovanca)*

I. Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ EMŠO: _____

Številka TRR: SI 56 _____ Kontaktni telefon: _____

II. Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ EMŠO: _____

Številka TRR: SI 56 _____ Kontaktni telefon: _____

III. Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ EMŠO: _____

Številka TRR: SI 56 _____ Kontaktni telefon: _____

4 NAKAZILO ZAVAROVALNINE

☐ na transakcijski račun

ime in priimek lastnika računa*: _____

odprt pri banki *(naziv in naslov banke)*: _____

številka računa: _____

BIC/SWIFT *(obvezno pri nakazilu v tujino)*: _____

**če je lastnik računa druga oseba obvezno izpolnite Izjavo o odstopu zavarovalnine*

IZJAVA O ODSTOPU ZAVAROVALNINE

Podpisani/a: _____

odstopam zavarovalnino, do katere sem upravičen/a v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo, v korist:

ime in priimek: _____ datum rojstva: _____

naslov: _____ EMŠO: _____

in izjavljam, da zavarovalnine kasneje ne bom terjal od Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.

_____ _____

Kraj in datum — Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

6 PODATKI O ŠKODNEM DOGODKU

Številka police: _____

Imate sklenjeno zavarovanje težjih bolezni tudi pri kateri drugi zavarovalnici? ☐ DA ☐ NE
Če DA, pri kateri? _____

6.1 PODATKI PRI UVELJAVLJANJU ZAVAROVALNINE ZARADI TEŽJE BOLEZNI

Kdaj so se pojavile prve težave/simptomi *(navedite datum)*? _____

Kdaj je bila postavljena diagnoza *(navedite datum)*? _____

Katera diagnoza je bila postavljena? _____

Navedite ime in priimek osebnega zdravnika zavarovanca: _____
Navedite naziv ustanove, v kateri deluje osebni zdravnik (*npr. ZD Ljubljana*): _____

Ali se je zavarovanec za posledicami te bolezni zdravil že kdaj v preteklosti? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite kdaj in v kateri ustanovi: _____

Ali smo v preteklosti po tej polici že izplačali zavarovalnino za katero od kritih težjih bolezni? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite za katero: _____

Ali se je zavarovanec zaradi te bolezni zdravil v bolnišnici? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite obdobje zdravljenja: od _____ do _____
Navedite naziv ustanove, v kateri se je zdravil: _____

Ali je bil zavarovanec zaradi te bolezni upravičeno odsoten z dela neprekinjeno več kot 30 dni? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite obdobje: od _____ do _____ .

Ali je zdravljenje v celoti zaključeno? ☐ DA ☐ NE

K zahtevku obvezno priložite vso medicinsko dokumentacijo npr. izvide, odpustna pisma, ipd.

6.2 PODATKI PRI UVELJAVLJANJU ZAVAROVALNINE ZA DODATNA NEZGODNA KRITJA

Kako je nezgoda nastala *(natančno opišite okoliščine nastanka)*, zaradi katerega vzroka in kakšne so bile posledice ?

_____

_____

_____

Ali je nezgodo obravnavala policija? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite katera policijska postaja in kdaj: _____

Ali je bil opravljen test alkoholiziranosti zavarovanca? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite vrednost testa: _____

Ali je bil zavarovanec v zadnjih 24 urah pred nezgodo pod vplivom mamil/drugih psihoaktivnih snovi? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite katerih: _____

K zahtevku obvezno priložite vsa uradna poročila (alkotest, policijski zapisnik, ipd).

Kdaj je bil opravljen prvi pregled zavarovanca po nezgodi (navedite datum)? _____
Navedite ime ustanove, kjer je bil opravljen prvi pregled: _____
Navedite ime in priimek zdravnika, ki je opravil prvi pregled: _____

Ali zdravnik predvideva, da bo imel zavarovanec trajne posledice? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite katere: _____

Ali se je zavarovanec pred to nezgodo zaradi poškodbe ali obolenja na sedaj poškodovanem delu telesa zdravil že kdaj v preteklosti? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite kakšna je bila poškodba in kakšne posledice so ostale: _____

_____

_____

Ali je bil zavarovanec zaradi te nezgode upravičeno odsoten z dela neprekinjeno več kot 30 dni? ☐ DA ☐ NE
Če DA, navedite obdobje: od _____ do _____.

V primeru, da uveljavljate zavarovalnino za bolniško odsotnost z dela zaradi bolezni/nezgode, ki je trajala neprekinjeno več kot 30 dni, zahtevku priložite tudi potrdilo zdravnika o upravičeni odsotnosti z dela, namenjenega delodajalcu (fotokopija obrazca BOL-03).

7 PODATKI V PRIMERU NEZGODNE SMRTI ZAVAROVANCA

Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba? ☐ DA ☐ NE

Ali obstaja sum samomora? ☐ DA ☐ NE

Ali je bila uvedena preiskava? ☐ DA ☐ NE
Če da, navedite ustanovo, ki jo vodi: _____

Ali je bila opravljena obdukcija? ☐ DA ☐ NE
Če da, navedite ustanovo, ki jo je opravila: _____

K zahtevku obvezno priložite obdukcijski zapisnik.

8 IZJAVA

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi s škodnim dogodkom, da sem predložil vse račune in vso dokumentacijo v zvezi s škodnim dogodkom in da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Pooblaščam zavarovalnico, da ima pravico vpogleda v mojo medicinsko dokumentacijo, da lahko preveri upravičenost tega zahtevka. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost v podatkih ali nepopolnost podatkov in dokumentacije v zvezi s škodnim dogodkom, ima pravico ta zahtevek odkloniti.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine in iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja regresni zahtevek proti tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek škodnega dogodka ali je zavezana za povračilo stroškov storitev, ki so bile opravljene zaradi nastopa škodnega dogodka.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katerih povračilo lahko po veljavnih predpisih Republike Slovenije uveljavljam iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

_____ _____
Kraj in datum Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

_____
Podpis vlagatelja zahtevka

POMEMBNO – preden oddate zahtevek, prosimo preverite:

- **v primeru nezgode/bolezni zavarovanca:**

  □ zahtevek je v celoti izpolnjen

  □ k zahtevku ste priložili **vse** izvide zdravljenja te nezgode/bolezni, odpustnico iz bolnišnice/zdravilišča, histo-patološki izvid, karton fizioterapije *(če je bila opravljena)*, potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, rojstni list otroka.

  □ če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku

  □ če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik

- **v primeru smrti zavarovanca:**

  □ zahtevek je v celoti izpolnjen

  □ k zahtevku ste priložili izvirnik izpisa iz matične knjige umrlih, odpustno pismo iz bolnišnice *(v primeru smrti zavarovanca v bolnišnici)*, zdravniško potrdilo o vzroku smrti *(v primeru smrti zavarovanca izven bolnišnice)*, obdukcijski zapisnik, sklep o dedovanju *(v primeru, da na polici ni navedenega upravičenca)*.

Priporočamo vam, da obdržite kopije celotne dokumentacije, ki ste nam jo posredovali. Vzajemna, d.v.z. ne more odgovarjati za dokumentacijo, ki ne bi prispela k nam iz razlogov, na katere nimamo vpliva.

Zahtevek pošljite na naslov:

Vzajemna, d.v.z.
Oddelek za zavarovalne primere zavarovancev
Vošnjakova ulica 2
1000 Ljubljana

Za vsa morebitna vprašanja lahko kadarkoli brezplačno pokličete naš Kontaktni center na št.: **080 20 60**
ali nam pišete na elektronski naslov: **vzajemna-skode@vzajemna.si**

Izpolni Vzajemna, d.v.z.

Številka prijave:	_____	*Sprejeto dne:*	_____
Številka police:	_____	*Zavarovanje:*	_____
Obrazec sprejel:	_____	*Opombe:*	_____
Podpis	_____		_____